

Ärztlicher Bericht

Vor - und Zuname

Geburtstag / Geburtsort

Krankenkasse oder
sonst. Kostenträger ärztl. Leistungen

ärztliche Diagnosen

Kurzer Lebenslauf,
frühere Krankheiten, Klinik-/ Heimaufenthalte

Allgemeiner körperlicher Befund
Laborwerte

Aktuelle Medikation

Ärztlicher Bericht

Jetzige Erkrankung

(Beginn und Verlauf, heutiger Zustand)

Ist Patient gehfähig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> mit Hilfe
Treppensteigen möglich?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> mit Hilfe
Ist Patient häufig bettlägerig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Ständig bettlägerig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Ist der Patient inkontinent?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise
	<input type="checkbox"/> Harn	<input type="checkbox"/> Stuhl	

VÜ = vollständige Übernahme TÜ = Teilübernahme A = Anleitung S = Selbstständig

Essen	<input type="checkbox"/> VÜ	<input type="checkbox"/> TÜ	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> S
Ankleiden	<input type="checkbox"/> VÜ	<input type="checkbox"/> TÜ	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> S
Aufstehen aus dem Bett	<input type="checkbox"/> VÜ	<input type="checkbox"/> TÜ	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> S
Benutzen der Toilette	<input type="checkbox"/> VÜ	<input type="checkbox"/> TÜ	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> S
Waschen	<input type="checkbox"/> VÜ	<input type="checkbox"/> TÜ	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> S
Frisieren/Rasieren	<input type="checkbox"/> VÜ	<input type="checkbox"/> TÜ	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> S

Örtlich orientiert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht immer
Zeitlich orientiert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht immer
Nachts ruhig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht immer
Gemütsstimmung?	<input type="checkbox"/> freundlich	<input type="checkbox"/> depressiv	<input type="checkbox"/> ablehnend
Aggressive Tendenzen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> gegen sich <input type="checkbox"/> gegen andere
Suchtkrankheit?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche _____	
Hilfsmittel erforderlich?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche _____	
Freiheitsentziehende Maßnahmen erforderlich?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche _____	

Ist der aufzunehmende Patient
Suicid-gefährdet?

ansteckend z.B. MRSA, HIV?

frei von Tuberkulose?

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes